

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                        |                                                                                                  |                                                                               |                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| <br>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL VALLE</b> |                                                                                                  | <b>Código Regional</b>                                                        | <b>76</b>                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>CENTRO DE GESTION TECNOLÓGICA DE SERVICIOS-VALLE - SERVICIOS PRES</b>                                               |                                                                                                  | <b>Código Centro</b>                                                          | <b>931110</b>                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                        |                                                                                                  | <b>Fecha Elaboración</b>                                                      | <b>21 de febrero de 2020</b>      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                        |                                                                                                  | <b>Versión</b>                                                                | <b>MARZO 2020 - 3,20</b>          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                        |                                                                                                  | <b>ID de Proceso</b>                                                          | <b>52009-336398</b>               |
| <b>DATOS DEL CONTRATISTA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                        |                                                                                                  |                                                                               |                                   |
| <b>Nombres y apellidos contratista:</b> VICTOR MANUEL FERNANDEZ DE LA CRUZ DE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                        | <b>C.C.</b> 94.475.917                                                                           | <b>IP/Nº de contacto</b> 3103783002                                           |                                   |
| <b>Correo electrónico contratista:</b> vmfernandez@sena.edu.co                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                        |                                                                                                  |                                                                               |                                   |
| <b>Régimen del IVA:</b> NO RESPONSABLE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                        | <b>Pertenece al régimen simple de tributación?</b> NO                                            |                                                                               | <b>Es declarante de renta?</b> NO |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                        | <b>Es Pensionado?</b> NO                                                                         |                                                                               |                                   |
| <b>Sus ingresos en el 2019 Superaron \$47.978.000</b> NO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                        | <b>Inducción SST</b> SI                                                                          | <b>Presta Servicios Excluidos de IVA ?</b> SI                                 |                                   |
| <b>Banco al cual consignar:</b> AV VILLAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                        | <b>Tipo de cta</b> AHORROS                                                                       | <b>Nº Cuenta</b> 174826482                                                    |                                   |
| <b>Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?</b> NO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                        | <b>Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2020 supera los \$ 117.503.000</b> NO |                                                                               |                                   |
| <b>DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                        |                                                                                                  |                                                                               |                                   |
| <b>Nº del contrato:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 1357552/2020                                                                                                           | <b>Nº Compromiso SIIF</b>                                                                        | 19420                                                                         |                                   |
| <b>Valor Total del Contrato</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | \$ 26.531.050                                                                                                          | <b>Nº Pago</b>                                                                                   | <b>Periodo objeto de pago</b>                                                 |                                   |
| <b>Saldo Anterior del Contrato</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | \$ 26.531.050                                                                                                          | 1                                                                                                | <b>Del</b> 10/02/2020                                                         | <b>Al</b> 29/02/2020              |
| <b>Nuevo Saldo del Contrato</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | \$ 23.877.945                                                                                                          | <b>Comisiones</b>                                                                                | \$ 0,00                                                                       |                                   |
| <b>RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                        |                                                                                                  |                                                                               |                                   |
| Ingresos por honorarios                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | \$ 2.653.105                                                                                                           | <b>Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°</b>                                                 |                                                                               | 0,00%                             |
| Ingresos por comisiones                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | \$ 0                                                                                                                   | <b>Retencion en la Fuente del Periodo</b>                                                        |                                                                               | \$ 0                              |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | \$ 0                                                                                                                   | <b>Menos, Retefuente Otros Ingresos</b>                                                          |                                                                               | \$ 0                              |
| <b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | \$ 2.653.105                                                                                                           | <b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b>                                                            |                                                                               | \$ 0                              |
| <b>BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | \$ 1.762.954                                                                                                           |                                                                                                  |                                                                               |                                   |
| <b>LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                        |                                                                                                  |                                                                               |                                   |
| <b>Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Febrero                                                                                                                | Enero                                                                                            | <b>Valor Base retención en la fuente</b>                                      | 1.762.954,00                      |
| <b>Ingreso Base de Cotización - IBC</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | \$ 1.061.242                                                                                                           | \$ 0                                                                                             | <b>Valor Base retención en la fuente ICA</b>                                  | 2.350.605,00                      |
| <b>Aporte obligatorio a seguridad social salud</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | \$ 132.700                                                                                                             | \$ 0                                                                                             | <b>Valor base IVA</b>                                                         | 0,00                              |
| <b>Aporte obligatorio a seguridad social Pensión</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | \$ 169.800                                                                                                             | \$ 0                                                                                             | <b>IVA (Si es RESPONSABLE)</b>                                                | 0,00                              |
| <b>Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | \$ -                                                                                                                   | \$ 0                                                                                             | <b>Menos Retención en la Fuente</b>                                           | 0,00                              |
| <b>ARL</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | \$ 5.600                                                                                                               | \$ 0                                                                                             | <b>Menos Retencion IVA</b>                                                    | 0,00                              |
| <b>Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | \$ -                                                                                                                   | \$ -                                                                                             | <b>Reteica - 8299</b>                                                         | 0,00                              |
| <b>Aportes voluntarios a cuentas AFC</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | \$ -                                                                                                                   | \$ -                                                                                             | <b>Pro-UCEVA</b>                                                              | 13.266,00                         |
| <b>Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | \$ -                                                                                                                   | \$ -                                                                                             | <b>Universidad del Pacífico</b>                                               | 0,00                              |
| <b>Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.560.700</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | \$ -                                                                                                                   | \$ -                                                                                             | <b>Otras Retenciones</b>                                                      | 0,00                              |
| <b>Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | \$ -                                                                                                                   | \$ -                                                                                             | <b>Otras Retenciones</b>                                                      | 0,00                              |
| <b>Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | \$ -                                                                                                                   | \$ -                                                                                             | <b>Descuentos de Libranza</b>                                                 | 0,00                              |
| <b>Aportes A.R.L. de ingresos de otros meses cobrados en el mes</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | \$ -                                                                                                                   | \$ -                                                                                             | <b>Descuentos de embargo (Si tiene)</b>                                       | 0,00                              |
| <b>Dependientes hasta \$ 1.139.424</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | \$ -                                                                                                                   | \$ -                                                                                             | <b>VALOR A PAGAR</b>                                                          | \$ 2.639.839,00                   |
| <b>Salud hasta \$ 569.712</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | \$ -                                                                                                                   | \$ -                                                                                             |                                                                               |                                   |
| <b>Renta Exenta 25% \$ 8.545.680</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | \$ 587.651                                                                                                             | \$ -                                                                                             |                                                                               |                                   |
| <b>Retención en la Fuente Contingente</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | \$ -                                                                                                                   | \$ -                                                                                             |                                                                               |                                   |
| <b>SON: DOS MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y NUEVE PESOS M/CTE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                        |                                                                                                  |                                                                               |                                   |
| <b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                        |                                                                                                  |                                                                               |                                   |
| Seguimientos etapa productiva aprendices ficha 1953978-1752529-1803998 pertenecientes al programa tecnico en logistica empresarial<br>Impartir Formacion ficha 1967410-tecnico logistica empresarial,competencia desarrollada:preparar la carga de acuerdo con su naturaleza                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                        |                                                                                                  |                                                                               |                                   |
| <b>PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                        |                                                                                                  |                                                                               |                                   |
| 1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados. |                                                                                                                        |                                                                                                  | <b>VICTOR MANUEL FERNANDEZ DE LA CRUZ DE LA CRUZ</b><br><b>EL CONTRATISTA</b> |                                   |
| <b>CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                        |                                                                                                  |                                                                               |                                   |
| En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                        |                                                                                                  | <b>Autorizo el presente pago.</b><br><b>El Supervisor,</b>                    |                                   |
| 1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                        |                                                                                                  |                                                                               |                                   |
| 2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                        |                                                                                                  |                                                                               |                                   |
| 3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                        |                                                                                                  | <b>ALEEDI ESPERANZA TRAVI RUIZ</b><br><b>INSTRUCTOR G19</b>                   |                                   |
| <b>Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:</b><br><b>EL ORDENADOR DEL PAGO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                        |                                                                                                  |                                                                               |                                   |
| <b>EDGAR ORLANDO HERRERA PRIETO</b><br><b>SUBDIRECTOR DE CENTRO G02</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                        |                                                                                                  |                                                                               |                                   |



**NIT - 805000427**

**CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A COOMEVA EPS**  
**(NO VÁLIDO PARA MOVILIDAD EN EL SGSSS,**  
**USO DE SERVICIOS MÉDICOS NI PARA PAGO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS)**

El afiliado VICTOR MANUEL FERNANDEZ DE LA CRUZ identificado con CC-94475917 está vinculado al Sistema General de Seguridad Social en Salud Régimen Contributivo por intermedio de COOMEVA EPS S.A en calidad de COTIZANTE CABEZA DE FAMILIA y su estado actual es ACTIVO.

Reiteramos nuestra entera disposición para colaborar frente a cualquier inquietud que pueda presentarse, en la línea gratuita: 01 8000 930 779.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado el día Enero 22 de 2020.

Cordialmente,

Director Nacional De Operaciones

94475917

¡Gracias por contar con Coomeva, Coomeva cuenta con usted!

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS  
PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del  
**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**  
NIT 800.224.808-8

**CERTIFICA QUE:**

**VICTOR MANUEL FERNANDEZ DE LA CRUZ**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **94.475.917**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 22 de Enero del 2020.

Cordialmente,



Vicepresidente de Clientes y Operaciones



***Tenga en cuenta:***

*Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.*

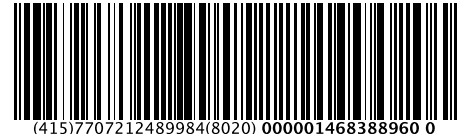
2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14683889600



(415)7707212489984(8020) 000001468388960 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

9 4 4 7 5 9 1 7

6. DV

9

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Palmira

14. Buzón electrónico

1 5

**IDENTIFICACION**

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento:

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación:

9 4 4 7 5 9 1 7

27. Fecha expedición:

1 9 9 8 0 8 3 1

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País:

1 6 9

29. Departamento:

Valle del Cauca

7 6

30. Ciudad/Municipio:

Guadalajara de Buga

1 1 1

31. Primer apellido

FERNANDEZ

32. Segundo apellido

DE LA CRUZ

33. Primer nombre

VICTOR

34. Otros nombres

MANUEL

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

**UBICACION**

38. País:

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento:

Valle del Cauca

7 6

40. Ciudad/Municipio:

Guadalajara de Buga

1 1 1

41. Dirección principal

CL 1 A 67 71

42. Correo electrónico:

v\_fernandez@misena.edu.co

43. Código postal

3 1 0 3 7 8 3 0 0 2

44. Teléfono 1:

3 2 0 7 5 1 3 1 2 9

45. Teléfono 2:

3 2 0 7 5 1 3 1 2 9

**CLASIFICACION**

**Actividad económica**

**Actividad principal**

46. Código:

8 5 2 3

47. Fecha inicio actividad:

2 0 1 3 0 2 1 4

**Actividad secundaria**

48. Código:

6 6 2 1

49. Fecha inicio actividad:

2 0 1 9 0 5 2 1

50. Código:

1 2

**Otras actividades**

1 2

**Ocupación**

51. Código

1 2

**52. Número establecimientos**

1 2

**Responsabilidades, Calidades y Atributos**

|             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|-------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 53. Código: | 4 | 9 |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

49 - No responsable de IVA

**Obligados aduaneros**

| 54. Código: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|-------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
|             |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|             |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|             |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |

**Exportadores**

| 55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3 |
|-----------|----------|----------|---|---|---|
|           |          | 57. Modo |   |   |   |
|           |          | 58. CPC  |   |   |   |

**IMPORTANTE:** Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

**Para uso exclusivo de la DIAN**

59. Anexos: SI ☐ NO ☒

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 2 0 2 0 0 2 1 7

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.

Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre FERNANDEZ DE LA CRUZ VICTOR MANUEL

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

FECHA DE EXAMEN 05/11/2019 12:00 AM  
TIPO EXAMEN: INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR



## DATOS DE INSTITUCION

|           |                                                                   |        |                         |
|-----------|-------------------------------------------------------------------|--------|-------------------------|
| Nombre:   | IPS HUMAN FINE                                                    | Nit    | 900166682-0             |
| Dirección | Carrera 43a No. 5b - 17 Barrio Tequendama                         | e-mail | Comercial@humanfine.com |
| Teléfonos | 513 12 13 - 513 64 68 - 554 84 46 - 314 793 34 87 - 317 401 54 38 |        |                         |

## IDENTIFICACION DEL PACIENTE

|                |                              |          |             |                    |                      |                     |                  |                 |         |   |
|----------------|------------------------------|----------|-------------|--------------------|----------------------|---------------------|------------------|-----------------|---------|---|
| Nombres        | VICTOR MANUEL                |          |             | Apellidos          | FERNANDEZ DE LA CRUZ |                     |                  |                 |         |   |
| Identificación | CC                           | 94475917 |             | Edad               | 39 Años              | Genero              | M                | Grupo sanguíneo | O +     |   |
| Procedencia    | Lugar de nacimiento          |          | BUGA        |                    |                      | Fecha de nacimiento |                  | 12/07/1980      | Estrato | 3 |
| Estado civil   | Soltero (a)                  |          | Escolaridad | Profesional        |                      | Teléfonos           | 3103783002       |                 |         |   |
| Departamento   | Valle Del Cauca              |          | Municipio   | Cali               |                      | Dirección           | CALLE 1A # 67-61 |                 |         |   |
| EPS            | COOMEVA E.P.S. S.A.          |          |             |                    |                      |                     |                  |                 |         |   |
| ARL            | POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS |          |             | Fondo de Pensiones |                      |                     | PORVENIR S.A.    |                 |         |   |

## DATOS EMPRESA

|                  |                     |                    |            |
|------------------|---------------------|--------------------|------------|
| EMPRESA          | PARTICULAR          |                    |            |
| EMPRESA USUARIA  | NO APLICA           | SEDE               | NO REFIERE |
| CARGO            | INSTRUCTOR RIESGO I | SECCION O AREA     | NO REFIERE |
| FECHA DE INGRESO | SIN INFORMACION     | JORNADA DE TRABAJO | NOCTURNO   |

## EXAMENES REALIZADOS

|                              |                 |          |
|------------------------------|-----------------|----------|
| HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL | OPTOMETRIA      | GLICEMIA |
| HEMOGRAMA                    | PERFIL LIPIDICO |          |

## CONCEPTO DE APTITUD

|               |                                                                                                                   |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CONCEPTO      | Apto para el cargo .                                                                                              |
| OBSERVACIONES | SE RECOMIENDA CITA DE OPTOMETRIA EN EPS Y MANEJO DIETARIO POR DISLIPIDEMIA LEVE A COSTA DE LDL Y COLESTEROL TOTAL |

## RECOMENDACIONES

|                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| RECOMENDACIONES GENERALES                                                               | USO ADECUADO DE EPP, ESTILO DE VIDA SALUDABLE, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA, DIETA BAJA EN SAL Y GRASAS, MANEJO DE ESTRES, PAUSAS ACTIVAS, DISMINUIR O EVITAR EL CONSUMO DE ALCOHOL, NO FUMAR, HIGIENE POSTURAL. REPORTE OPORTUNO DE ACCIDENTES E INCIDENTES DE TRABAJO<br>SE RECOMIENDA CITA DE OPTOMETRIA EN EPS Y CONTROL DIETARIO DISLIPIDEMIA LEVE A COSTA DE LDL Y COLESTEROL TOTAL |                                 |
| SALUD OCUPACIONAL                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                 |
| Uso de EPP correspondientes a los establecidos por la empresa, para el cargo en mención | Higiene postural                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Pausas activas                  |
| Ejercicio habitual                                                                      | Hábitos de vidas saludable                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Manejo de estrés                |
| Dieta balanceada                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                 |
| INGRESO A SVE                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                 |
| SVE (Ergonómico)                                                                        | SVE (Psicolaboral)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | SVE (Cardiovascular-Metabólico) |

Nombres y Apellidos

VICTOR MANUEL FERNANDEZ DE LA CRUZ

Identificación

CC

94475917

Declaración del trabajador: yo, el abajo firmante declaro haber contestado correctamente todas la preguntas realizadas conforme a la verdad, si se comprobara falsedad u omisión, me someto a las sanciones respectivas, de acuerdo con la ley. Así mismo, Autorizo expresamente a la IPS HUMAN FINE para suministrar información sobre mi estado de salud a las Autoridades del Servicio de Salud del Estado o a las que este autorice. De igual manera, autorizo para que mi EMPRESA tenga acceso a mi Historia Clínica y a todos los datos que en ella se registren, en este sentido autorizo a IPS HUMAN FINE para que una vez efectuados los exámenes se suministre copia al Médico de mi empresa. Certifico que he comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y consecuencias a partir de la asesoría brindada antes de cada procedimiento por parte de los profesionales encargados. Entiendo que la realización de estas pruebas es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea realizado el examen. Fui informado de las medidas que tomaran para proteger la confidencialidad de mis resultados.

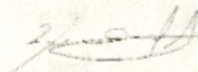


Dr. Rocío Cuellar Cardenas  
Médico C. RM 16  
Especialista en Medicina Ocupacional  
LIC. QUESADA, C.A. IPSA Cali

ROCIO CUELLAR CARDENAS

C.C. 31896775 RM: 1

Firma y sello del Médico Evaluador



VICTOR MANUEL

C.C. 94475917

Firma del trabajador Evaluado



FECHA DE EXAMEN 05/11/2019 12:00 AM  
TIPO EXAMEN: INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR



DATOS DE INSTITUCION

|           |                                                                   |        |                         |
|-----------|-------------------------------------------------------------------|--------|-------------------------|
| Nombre:   | IPS HUMAN FINE                                                    | Nit    | 900166682-0             |
| Dirección | Carrera 43a No. 5b - 17 Barrio Tequendama                         | e-mail | Comercial@humanfine.com |
| Teléfonos | 513 12 13 - 513 64 68 - 554 84 46 - 314 793 34 87 - 317 401 54 38 |        |                         |

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

|                |               |           |                      |
|----------------|---------------|-----------|----------------------|
| Nombres        | VICTOR MANUEL | Apellidos | FERNANDEZ DE LA CRUZ |
| Identificación | CC 94475917   | Edad      | 39 Años              |
|                |               | Genero    | M                    |

DATOS EMPRESA

|                  |                     |                    |                 |
|------------------|---------------------|--------------------|-----------------|
| EMPRESA          | PARTICULAR          |                    |                 |
| EMPRESA USUARIA  | NO APLICA           |                    |                 |
| CARGO            | INSTRUCTOR RIESGO I | SECCION O AREA     | NO REFIERE      |
| FECHA DE INGRESO | SIN INFORMACION     | JORNADA DE TRABAJO | SIN INFORMACION |

ANTECEDENTE LABORALES

|            |
|------------|
| NO REFIERE |
|------------|

ANTECEDENTES OCULARES

|                                                                             |            |
|-----------------------------------------------------------------------------|------------|
| TIENE ANTECEDENTES OCULARES                                                 | NO         |
| ANTECEDENTES OCULARES (GOLPES, QUEMADURA, POLVORA, ESQUIRLAS, POLVO, OTROS) | NO REFIERE |

ANTECEDENTES PERSONALES

|            |
|------------|
| NO REFIERE |
|------------|

ULTIMO CONTROL VISUAL - LENSOMETRIA

|                      |        |    |    |            |
|----------------------|--------|----|----|------------|
| Ultimo Examen        | Usa RX | OD | OI | CORRECCION |
| Entre 1 año y 2 años | NO     |    |    | NO         |

SINTOMATOLOGIA

| Nombre               | No | Si | Observaciones |
|----------------------|----|----|---------------|
| DISMINUCION AV LEJOS | X  |    |               |
| DISMINUCION AV CERCA | X  |    |               |
| ENROJECIMIENTO       | X  |    |               |
| CANSANCIO            | X  |    |               |
| DESVIACION OCULAR    | X  |    |               |
| LAGRIMEO             | X  |    |               |
| ARDOR                | X  |    |               |
| PRURITO              | X  |    |               |
| CEFALEA              | X  |    |               |
| SECRECION            | X  |    |               |
| RESEQUEDAD           | X  |    |               |
| FOTOFOBIA            | X  |    |               |
| OTROS                |    |    |               |

AGUDEZA VISUAL

| OJO     | SIN CORRECCION |           |           | CON CORRECCION |           |           |
|---------|----------------|-----------|-----------|----------------|-----------|-----------|
|         | DERECHO        | IZQUIERDO | BILATERAL | DERECHO        | IZQUIERDO | BILATERAL |
| LEJANA  | 20/20          | 20/20     | 20/20     | NO APLICA      | NO APLICA | NO APLICA |
| PROXIMA | 0.50 m         | 0.50 m    | 0.50 m    | NO APLICA      | NO APLICA | NO APLICA |

EXAMEN EXTERNO

|                                                                             |                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| OJO DERECHO                                                                 | OJO IZQUIERDO                                                               |
| SEGMENTO ANTERIOR DENTRO DE PARAMETROS DE NORMALIDAD Y REFLEJOS CONSERVADOS | SEGMENTO ANTERIOR DENTRO DE PARAMETROS DE NORMALIDAD Y REFLEJOS CONSERVADOS |

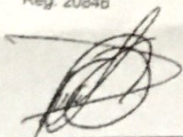
EXAMEN MOTOR

COVER TEST

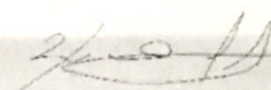
|                                                 |  |                                                    |  |                       |    |          |
|-------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------|--|-----------------------|----|----------|
| <b>Nombres y Apellidos</b>                      |  | VICTOR MANUEL FERNANDEZ DE LA CRUZ                 |  | <b>Identificación</b> | CC | 94475917 |
| VL                                              |  | VP                                                 |  |                       |    |          |
| ORTHOFORIA                                      |  | ORTHOFORIA                                         |  |                       |    |          |
| <b>OFTALMOSCOPIA</b>                            |  |                                                    |  |                       |    |          |
| OJO DERECHO                                     |  | OJO IZQUIERDO                                      |  |                       |    |          |
| FONDO DE OJO DENTRO DE PARAMETROS DE NORMALIDAD |  | FONDO DE OJO DENTRO DE PARAMETROS DE NORMALIDAD    |  |                       |    |          |
| <b>RETINOSCOPIA</b>                             |  |                                                    |  |                       |    |          |
| OJO DERECHO                                     |  | OJO IZQUIERDO                                      |  |                       |    |          |
| Neutro                                          |  | Neutro                                             |  |                       |    |          |
| <b>RX FINAL</b>                                 |  |                                                    |  |                       |    |          |
| OJO DERECHO                                     |  |                                                    |  |                       |    |          |
| OD                                              |  |                                                    |  |                       |    |          |
| AV                                              |  |                                                    |  |                       |    |          |
| ADD                                             |  |                                                    |  |                       |    |          |
| AVC                                             |  |                                                    |  |                       |    |          |
| OJO IZQUIERDO                                   |  |                                                    |  |                       |    |          |
| OI                                              |  |                                                    |  |                       |    |          |
| AV                                              |  |                                                    |  |                       |    |          |
| ADD                                             |  |                                                    |  |                       |    |          |
| AVC                                             |  |                                                    |  |                       |    |          |
| <b>PERCEPCION</b>                               |  |                                                    |  |                       |    |          |
| VISION CROMATICA                                |  | NORMAL                                             |  |                       |    |          |
| ESTEREOPSIS                                     |  | NORMAL                                             |  |                       |    |          |
| <b>DIAGNOSTICO</b>                              |  |                                                    |  |                       |    |          |
| DIAGNOSTICO OD                                  |  | emetropo                                           |  |                       |    |          |
| DIAGNOSTICO OI                                  |  | emetropo                                           |  |                       |    |          |
| OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES                 |  | paciente emetropo normal ambos ojos puede trabajar |  |                       |    |          |

Declaración del trabajador: yo, el abajo firmante declaro haber contestado correctamente todas la preguntas realizadas conforme a la verdad, si se comprobara falsedad u omisión, me someto a las sanciones respectivas, de acuerdo con la ley. Así mismo, Autorizo expresamente a la IPS HUMAN FINE para suministrar información sobre mi estado de salud a las Autoridades del Servicio de Salud del Estado o a las que este autorice. De igual manera, autorizo para que mi EMPRESA tenga acceso a mi Historia Clínica y a todos los datos que en ella se registren, en este sentido autorizo a IPS HUMAN FINE para que una vez efectuados los exámenes se suministre copia al Médico de mi empresa. Certifico que he comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y consecuencias a partir de la asesoría brindada antes de cada procedimiento por parte de los profesionales encargados. Entiendo que la realización de estas pruebas es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea realizado el examen. Fui informado de las medidas que tomaran para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Dr. Pedro A. Ospina López  
Optometra - U. La Salle  
Reg. 20846



PEDRO ALEJANDRO OSPINA  
RM: 20846  
Firma y sello del Médico Evaluador



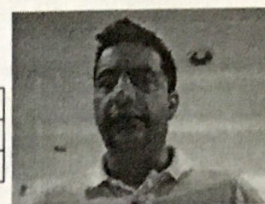
VICTOR MANUEL  
C.C. 94475917  
Firma del trabajador Evaluado



FECHA DEL EXAMEN 2019-11-05 16:01:00

## DATOS DE INSTITUCION

|           |                                                                   |        |                         |
|-----------|-------------------------------------------------------------------|--------|-------------------------|
| Nombre:   | IPS HUMAN FINE                                                    | Nit    | 900166682-0             |
| Dirección | Carrera 43a No. 5b - 17 Barrio Tequendama                         | e-mail | Comercial@humanfine.com |
| Teléfonos | 513 12 13 - 513 64 68 - 554 84 46 - 314 793 34 87 - 317 401 54 38 |        |                         |



## IDENTIFICACION DEL PACIENTE

|                |               |           |                      |
|----------------|---------------|-----------|----------------------|
| Nombres        | VICTOR MANUEL | Apellidos | FERNANDEZ DE LA CRUZ |
| Identificación | CC 94475917   | Edad      | 39 Años              |
|                |               | Genero    | M                    |

## LABORATORIO CLINICO

### GLICEMIA PRE

|               |    |                      |
|---------------|----|----------------------|
| RESULTADO     | 70 | mg/dl 70 - 110 mg/dl |
| OBSERVACIONES | 0  | mg/dl 70 - 110 mg/dl |

## IMAGEN

ADJUNTO FERNANDEZ DE LA CRUZ, VICTOR MANUEL.PDF

ADJUNTO mg/dl

ADJUNTO

## OSERVACIONES

|               |   |
|---------------|---|
| OBSERVACIONES | 0 |
| OBSERVACIONES | 0 |

## PERFIL LIPIDICO

|                  |       |                      |
|------------------|-------|----------------------|
| COLESTEROL TOTAL | 244   | mg/dl 50-200         |
| TRIGLICERIDOS    | 103   | mg/dl 50-170         |
| COLESTEROL HDL   | 56    | mg/dl 45-100         |
| COLESTEROL LDL   | 167.4 | mg/dl 100-130        |
| COLESTEROL VLDL  | 20.6  | mg/dl Hasta 30 mg/dl |
| I.A.             | 4.3   | Hasta 5.0            |

## PERFIL LIPIDICO SALUD OCUPACIONAL

|           |   |
|-----------|---|
| RESULTADO | 0 |
|-----------|---|



IPS Human Fine  
Cuidamos de ti  
NIT. 900166682-0

DIANA DEL PILAR RUALES VALLEJO  
C.C 66745810 R.M 1  
Firma y sello del Médico Evaluador



Laboratorio Clínico Especializado  
**nohemycruz**

www.nohemylab.com



N. de Orden: 11050073

Nombre: FERNANDEZ DE LA CRUZ, VICTOR MANUEL

Teléfono:

Historia: 94475917

Edad/Sexo: 39 Años / M

Origen: HUMAN FINE LTDA

Fecha de Creación: 05/11/2019

**INFORME DE RESULTADOS**

| NOMBRE DE ESTUDIOS                   | RESULTADO | UNIDADES                          | INTERVALO DE REFERENCIA |
|--------------------------------------|-----------|-----------------------------------|-------------------------|
| <b>HEMOGRAMA AUTOMATIZADO TIPO V</b> |           |                                   |                         |
| RECuento DE BLANCOS                  | 7.7       | 10 <sup>3</sup> x mm <sup>3</sup> | 4.3 - 10                |
| NEUTROFILOS%                         | 53.2      | %                                 | 46 - 72                 |
| NEUTROFILOS(#)                       | 4.1       | 10 <sup>3</sup> x mm <sup>3</sup> | 2.25 - 8.48             |
| LINFOCITOS%                          | 33        | %                                 | 20 - 47                 |
| LINFOCITOS(#)                        | 2.6       | 10 <sup>3</sup> x mm <sup>3</sup> | 0.9 - 4.52              |
| MONOCITOS%                           | 6.6       | %                                 | 0 - 11                  |
| MONOCITOS(#)                         | 0.5       | 10 <sup>3</sup> x mm <sup>3</sup> | 0.2 - 0.7               |
| EOSINOFILOS%                         | 6.3       | %                                 | 2 - 4                   |
| EOSINOFILOS(#)                       | 0.5       | 10 <sup>3</sup> x mm <sup>3</sup> | 0.04 - 0.5              |
| BASOFILOS%                           | 1         | %                                 | 0 - 1                   |
| BASOFILOS(#)                         | 0.1       | X 10 <sup>3</sup> /ul             | 0 - 0.1                 |
| RECuento DE ROJOS                    | 6         | 10 <sup>6</sup> x mm <sup>3</sup> | 4.5 - 6                 |
| HEMATOCRITO                          | 52.9      | %                                 | 42 - 52                 |
| HEMOGLOBINA                          | 17.5      | g/dl                              | 12.5 - 17               |
| VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO            | 88.1      | fL                                | 80 - 100                |
| MCH                                  | 29.1      | pg                                | 28 - 33                 |
| MCHC                                 | 33.1      | %                                 | 33 - 36                 |
| RDW                                  | 12.1      | %                                 | 11.5 - 15               |
| PLAQUETAS                            | 259.5     | 10 <sup>3</sup> x mm <sup>3</sup> | 150 - 450               |
| MPV                                  | 6.4       | fL                                | 7 - 11                  |
| OBSERVACIONES                        | .         |                                   | 0 - 0                   |

Técnica: Citometría de Flujo.

Responsable: MARIA ISABEL CAMELO

BACTERIOLOGA RP 199638

Fecha de Validación: 05/11/2019 03:20:07 p.

Sede Principal  
Av. 5A N. 17N - 98 L. 101  
Edificio Núcleo Profesional  
Tel: 661 30 23 - 667 83 29  
calidad@nohemylab.com

Consultorio 202  
CDC / Centro Dermatológico de Cali  
Calle 5B3 N. 38 - 44  
PBX: 524 01 70 Ext: 202  
Tel: 379 98 01  
sedecdc@nohemylab.com

Sede Fecundar IPS  
Cra. 40 N. 5B-105  
Tel: 3797557  
fecundar@nohemylab.com

Página: 1 de 1



CERTISALUD VALLE SAS (SOCIEDAD)

NIT: 900708225-5

ORGANISMO CERTIFICACION DE PERSONAS (MEDICA)

## CERTISALUD VALLE SAS (ESTABLECIMIENTO)

|                                     |                                      |
|-------------------------------------|--------------------------------------|
| DIRECCION:                          | AV. 3 NORTE # 36AN - 07 CALI - VALLE |
| TELEFONO:                           | 6657582                              |
| HABILITACION MINISTERIO TRANSPORTE: | Resolucion 3794 03 DICIEMBRE 2014    |
| SEC. SALUD - REGISTRO HABILITACION: | 760010937901                         |
| CODIGO ACREDITACION:                | 14 -CEP -048                         |

## IDENTIFICACION DE LA PERSONA (USUARIO) CERTIFICADA

05/11/2019 15:59:01

05/11/2019 15:58:58



## INFORMACION IPS-RUNT

|                          |            |
|--------------------------|------------|
| FECHA DE EVALUACION:     | 2019-11-05 |
| FECHA DE CERTIFICACION:  | 2019-11-05 |
| FECHA DE IMPRESION:      | 2019-11-05 |
| NUMERO CERTIFICADO RUNT: |            |
| NUMERO CERTIFICADO O.C.: |            |
| NUMERO DE FACTURA:       | 36654      |
| TIPO DE SANGRE Y RH:     | O+         |
| NOMBRES: VICTOR MANUEL   |            |
| NUMERO DE DOCUMENTO:     | 94475917   |
| FECHA DE NACIMIENTO:     | 1980-07-12 |
| SEXO:                    | M          |
| RESIDENCIA:              | CALI       |
| TELEFONO DOMICILIO:      | 3103783002 |
| TELEFONO ACOMPAÑANTE:    |            |
| TIPO DE VINCULACION:     |            |

APELLIDOS: FERNANDEZ DE LA CRUZ

TIPO DE DOCUMENTO IDENTIDAD:

CC

ESTADO CIVIL:

UNION LIBRE

EDAD:

39

OCUPACION:

INSTRUCTOR

DOMICILIO: CLL 1 A # 67 -71 REFUGIO

NOMBRE DE ACOMPAÑANTE:

ASEGURADORA:

## EVALUACION MOTRIZ

| Prueba                                            | Parametro                                                        | Rango de Aprobacion           | Resultado            |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-------------------------------|----------------------|
| Atencion Concentrada y Resistencia a la Monotonia | Tiempo Medio de Reaccion de Respuesta(TMRR)<br>Numero de Errores | Max 690 ms<br>Max 6 Errores   | 603 ms<br>1 Errores  |
| Reacciones Multiples                              | Tiempo Medio de Reaccion de Respuesta(TMRR)<br>Numero de Errores | Max 1140 ms<br>Max 7 Errores  | 748 ms<br>2 Errores  |
| Coordinacion Bimanual                             | Tiempo Total de Error(TTE)<br>Numero de Errores                  | Max 4830 ms<br>Max 16 Errores | 1256 ms<br>8 Errores |
| Reaccion al Frenado                               | Tiempo Promedio de Reaccion                                      | Max 750 ms                    | 595 ms               |
| Velocidad de Anticipacion                         | Distancia Media de Desviacion                                    | Max 830 ms                    | 384 ms               |

## RESULTADOS PSICOLOGIA TEST PERSONALIDAD

INTELIGENCIA

14 de 15, CI: 96

SUSTANCIAS

21 de 21

PERSONALIDAD

27 de 27

## Valoracion Psicologica

Usuario se le realiza la bateria psicomotriz(poliirreactimetro) y psicologica (tepsicon); en las pruebas se evidencia desempeno dentro de los rango de normalidad de acuerdo a la resolucion 1565 de 2014 en las areas de personalidad, sustancias, inteligencia y motricidad.

M/9 Fda M

Firma Profesional

MARIA FERNANDA MUNOZ

PSICOLOGO(A) PROFESIONAL - RM: 38643089



[Ir al inicio](#)

## RESULTADOS DEL CUESTIONARIO

| Datos del Usuario                                                                                                                                                                                   |           |                  |               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------------|---------------|
| Fecha                                                                                                                                                                                               | Nombres   | Apellidos        | Tip. Doc      |
| 2019-11-05                                                                                                                                                                                          | Victor    | Fernandez        | C             |
| Edad                                                                                                                                                                                                | Género    | Cat. Licencia    | Num. Doc      |
| 39                                                                                                                                                                                                  | Masculino | Sel              | 94475917      |
| Detalles del cuestionario                                                                                                                                                                           |           |                  |               |
| Bloque                                                                                                                                                                                              | Resultado | Num. Preguntas   |               |
| Trastornos amnesicos y otros trastornos congnotivos                                                                                                                                                 | 3         | 3                |               |
| Control de impulsos                                                                                                                                                                                 | 3         | 3                |               |
| Trastorno de personalidad                                                                                                                                                                           | 3         | 3                |               |
| Abuso de alcohol                                                                                                                                                                                    | 3         | 3                |               |
| Dependencia del alcohol                                                                                                                                                                             | 3         | 3                |               |
| Esquizofrenia                                                                                                                                                                                       | 3         | 3                |               |
| Trastornos inducidos por alcohol                                                                                                                                                                    | 3         | 3                |               |
| Consumo habitual de drogas y medicamentos                                                                                                                                                           | 3         | 3                |               |
| Abuso de drogas o medicamentos                                                                                                                                                                      | 3         | 3                |               |
| Dependencia de drogas y medicamentos                                                                                                                                                                | 3         | 3                |               |
| Trastornos inducidos por drogas o medicamentos                                                                                                                                                      | 3         | 3                |               |
| Información                                                                                                                                                                                         | 3         | 3                |               |
| Trastornos por comportamiento perturbador                                                                                                                                                           | 3         | 3                |               |
| Disociativa                                                                                                                                                                                         | 3         | 3                |               |
| Comprensión                                                                                                                                                                                         | 2         | 3                |               |
| Aritmética                                                                                                                                                                                          | 3         | 3                |               |
| Trastornos del sueño                                                                                                                                                                                | 3         | 3                |               |
| Semejanzas                                                                                                                                                                                          | 3         | 3                |               |
| Trastornos mentales debido a enfermedad médica                                                                                                                                                      | 3         | 3                |               |
| Vocabulario                                                                                                                                                                                         | 3         | 3                |               |
| Transtonos de estado de animo                                                                                                                                                                       | 3         | 3                |               |
| Area                                                                                                                                                                                                | Resultado | total Preguntas. | Calificacion. |
| Personalidad                                                                                                                                                                                        | 27        | 27               | Aprobado      |
| Sustancias                                                                                                                                                                                          | 21        | 21               | Aprobado      |
| Inteligencia                                                                                                                                                                                        | 14        | 15               | CI 96, Apto   |
| Observaciones                                                                                                                                                                                       |           |                  |               |
| Usuario se le realiza la bateria psicomotriz (polirreactimetro) y psicologica (tepsicon); en las pruebas se evidencia desempeno dentro de los rangos de normalidad de acuerdo a la resolucion 1565. |           |                  |               |

Ma Fda M

Firma evaluador



### Hace constar:

Que el Sr(a) VICTOR MANUEL FERNANDEZ DE LA CRUZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 94475917 realizó el día 16/02/2020 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

---

### Compromiso SST:

Yo VICTOR MANUEL FERNANDEZ DE LA CRUZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 94475917 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.
2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.
3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.
5. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.
6. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada de mi contrato.

---

Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General - SENA

**POSITIVA**  
**Compañía de Seguros S.A.**  
**N.I.T 860.011.153-6**

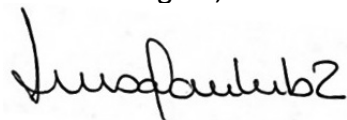
**CERTIFICA**

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que VICTOR MANUEL FERNANDEZ DE LA CRUZ, con Cédula Ciudadanía No. 94475917 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034. Registra como trabajador INDEPENDIENTE con fecha de inicio de cobertura 08/02/2020, para el contrato registrado con fecha desde 10/02/2020 y fecha hasta 09/09/2020, su estado actual de afiliación es ACTIVO y riesgo 1.

Recuerde que una vez cumplida la fecha hasta indicada en el presente certificado, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: [www.positivaenlinea.gov.co](http://www.positivaenlinea.gov.co) y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 20200101463896.

Dada en Bogotá, a los 13 días del mes de abril de 2020



Luisa Marina Uribe Restrepo  
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

**BANCO COMERCIAL  
"AVVILLAS"**

NIT: 860.035.827-5

CRA. 13 No. 27-47 P-24 BOGOTA D.C.

**CERTIFICA:**

Que VICTOR MANUEL FERNANDEZ DE identificado con el documento No. 94475917 posee en la oficina OFICINA YUMBO (174) una Cuenta de Ahorros - Cuenta Móvil No. 174826482 desde el 17 de marzo de 2017.

FECHA DE EXPEDICION: 2020/02/03

---

Mayor información Línea Audiovillas:

Bogotá: 444 1777 / Barranquilla: 330 4330 / Bucaramanga: 630 2980 / Medellín: 325 6000 /

Cali: 885 9595 / Resto del país: 018000 51 8000

**PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL  
DECRETO 1082 DE 2015**

|                       |      |      |  |                 |      |           |        |                 |      |                |        |                  |  |        |  |
|-----------------------|------|------|--|-----------------|------|-----------|--------|-----------------|------|----------------|--------|------------------|--|--------|--|
| Ciudad de Expedición: |      |      |  |                 |      | Sucursal: |        |                 |      | Cod. Sucursal: |        | Nro. Póliza:     |  | Anexo: |  |
| CALI                  |      |      |  |                 |      | CALI      |        |                 |      | 45             |        | 45-46-101007067  |  | 0      |  |
| Fecha Expedición:     |      |      |  | Vigencia Desde: |      |           | A las: | Vigencia Hasta: |      |                | A las: | Tipo Movimiento: |  |        |  |
| Día:                  | Mes: | Año: |  | Día:            | Mes: | Año:      | Horas: | Día:            | Mes: | Año:           | Horas: | EMISIÓN ORIGINAL |  |        |  |
| 10                    | 02   | 2020 |  | 10              | 02   | 2020      | 00:00  | 10              | 01   | 2021           | 00:00  |                  |  |        |  |

**DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO**

|                                                           |  |  |  |  |  |                      |  |                          |  |                   |  |
|-----------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|----------------------|--|--------------------------|--|-------------------|--|
| Nombre o Razón Social: FERNANDEZ DE LA CRUZ VICTOR MANUEL |  |  |  |  |  |                      |  | Identificación: 94475917 |  |                   |  |
| Dirección: CL 6 NRO. 73 - 30 AP 311                       |  |  |  |  |  | Ciudad: CALI - VALLE |  |                          |  | Teléfono: 4315800 |  |

**DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO**

|                                            |  |  |  |  |  |                      |  |                             |  |                   |  |
|--------------------------------------------|--|--|--|--|--|----------------------|--|-----------------------------|--|-------------------|--|
| Nombre o Razón Social: SENA REGIONAL VALLE |  |  |  |  |  |                      |  | Identificación: 899999034-1 |  |                   |  |
| Dirección: CALLE 52 # 2 BIS 15             |  |  |  |  |  | Ciudad: CALI - VALLE |  |                             |  | Teléfono: 4315800 |  |

**OBJETO DEL SEGURO**

CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:  
EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. CO1.PCINTR.1357552 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO INSTRUCTOR PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL A LOS APRENDICES DE FORMACIÓN TITULADA Y COMPLEMENTARIA PRESENCIAL Y/O VIRTUAL DURANTE LA VIGENCIA

**AMPAROS**

|                                 |  |                 |                 |                          |
|---------------------------------|--|-----------------|-----------------|--------------------------|
| RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS |  |                 |                 |                          |
| AMPAROS:                        |  | Vigencia Desde: | Vigencia Hasta: | Suma Asegurada / Actual: |
| CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO       |  | 10/02/2020      | 10/01/2021      | \$ 2,653,105.00          |
| OBSERVACIONES:                  |  |                 |                 |                          |

|                   |                    |             |                |                        |                       |
|-------------------|--------------------|-------------|----------------|------------------------|-----------------------|
| Valor Prima Neta: | Gastos Expedición: | IVA:        | Total a Pagar: | Valor Asegurado Total: | Fecha Límite de Pago: |
| \$ 20,000.00      | \$ 7,000.00        | \$ 5,130.00 | \$ 32,130.00   | \$ 2,653,105.00        | 10/02/2020            |

| INTERMEDIARIO               |        |                     | DISTRIBUCIÓN COASEGURO |                  |                  |
|-----------------------------|--------|---------------------|------------------------|------------------|------------------|
| Nombre:                     | Clave: | % DE PARTICIPACIÓN: | Nombre Compañía:       | % Participación: | Valor Asegurado: |
| JC ASESORES DE SEGUROS LTDA | 164219 | 100,00              |                        |                  |                  |

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE ÚNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTÍA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO

Para efecto de notificaciones la dirección de Seguros del Estado S.A. es CALLE 7N NO. 1N-15/1N-45 - Teléfono: 6672954 - CALI





FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas  
Usted puede consultar esta póliza en [www.segurosdeleestado.com](http://www.segurosdeleestado.com)

FIRMA TOMADOR  
Oficina Principal: Cra. 11 No. 90-20 Bogotá D.C. Teléfono: 2186977

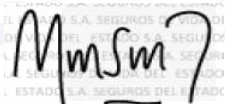
Verifique su póliza escaneando el código QR.  
Aplica únicamente para la emisión original.

## CONSTANCIA DE NO REVOCATORIA NI CANCELACIÓN POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA

Hacemos constar, que la póliza No. 45-46-101007067, anexo 0, no expirará por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

Lo anterior de conformidad con lo establecido en el decreto 1082 de 2015, el cual regula las garantías ante entidades estatales.

Dado en CALI, a los 10 días del mes de Febrero de 2020



MANUEL SARMIENTO  
VICEPRESIDENTE DE FIANZAS

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

Oficina Principal: Cra. 11 No. 90-20 Bogotá D.C. Conmutador: 3078288 Fax Server 6511240  
ASISTENCIA CELULAR #388 - FUERA DE BOGOTÁ 018000123010  
[www.segurosdeleestado.com](http://www.segurosdeleestado.com)

**PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES  
SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.45-46-101007067**

**1. AMPAROS.**

SEGUROS DEL ESTADO S.A., QUE EN ADELANTE SE DENOMINARÁ SEGUROESTADO OTORGA A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, HASTA EL MONTO DEL VALOR ASEGURADO PACTADO, LOS AMPAROS MENCIONADOS EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA, CUBRIENDO CON ELLOS, SIEMPRE LOS PERJUICIOS DIRECTOS QUE CON SUJECCIÓN A LA DEFINICIÓN DE LAS CONDICIONES ADELANTE INDICADAS, LLEGARE A CAUSAR EL GARANTIZADO POR EL INCUMPLIMIENTO QUE, ATRIBUIBLE A SU ACCIÓN U OMISIÓN, PRODUJERE.

LOS AMPAROS QUE SE OTORGAN EN ESTA PÓLIZA SERÁN INDEPENDIENTES UNOS DE OTROS RESPECTO DE SUS RIESGOS Y DE SUS VALORES ASEGURADOS. SEGÚN LAS DEFINICIONES QUE A CONTINUACIÓN SE INDICAN:

**1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.**

EL AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, LA SANCIÓN DERIVADA DEL INCUMPLIMIENTO DE LA OFERTA, EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

**1.1.1 LA NO AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA CUANDO EL PLAZO PARA LA ADJUDICACIÓN O PARA SUSCRIBIR EL CONTRATO ES PRORROGADO, SIEMPRE QUE TAL PRÓRROGA SEA INFERIOR A TRES (3) MESES.**

**1.1.2 EL RETIRO DE LA OFERTA DESPUÉS DE VENCIDO EL PLAZO FIJADO PARA LA PRESENTACIÓN DE LAS OFERTAS.**

**1.1.3 LA NO SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO SIN JUSTA CAUSA POR PARTE DEL ADJUDICATARIO.**

**1.1.4 LA FALTA DE OTORGAMIENTO POR PARTE DEL PROPONENTE SELECCIONADO DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.**

**1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.**

EL AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE LLEGUEN A CAUSAR, CON OCASIÓN DE (I) LA NO INVERSIÓN DEL ANTICIPO, (II) EL USO INDEBIDO DEL ANTICIPO Y (III) LA APROPIACIÓN INDEBIDA DE LOS RECURSOS RECIBIDOS POR EL CONTRATISTA GARANTIZADO EN CALIDAD DE ANTICIPO.

**1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO.**

EL AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE CAUSEN POR LA NO DEVOLUCIÓN TOTAL O PARCIAL, DEL DINERO ENTREGADO AL CONTRATISTA GARANTIZADO A TÍTULO DE PAGO ANTICIPADO, CUANDO A ELLO HUBIERE LUGAR.

**1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.**

EL AMPARO DE CUMPLIMIENTO, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, POR LOS PERJUICIOS DIRECTOS DERIVADOS DE: (A) EL INCUMPLIMIENTO TOTAL O PARCIAL DEL CONTRATO, CUANDO EL INCUMPLIMIENTO ES IMPUTABLE AL CONTRATISTA; (B) EL CUMPLIMIENTO TARDÍO O DEFECTUOSO DEL CONTRATO, CUANDO EL INCUMPLIMIENTO ES IMPUTABLE AL CONTRATISTA; (C) LOS DAÑOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA POR ENTREGAS PARCIALES DE LA OBRA, CUANDO EL CONTRATO NO PREVÉ ENTREGAS PARCIALES; Y (D) EL PAGO DEL VALOR DE LAS MULTAS Y DE LA CLÁUSULA PENAL PECUNIARIA SIEMPRE QUE SE HUBIEREN PACTADO PREVIAMENTE EN EL CONTRATO GARANTIZADO.

EN VIRTUD DE LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 44 DE LA LEY 610 DE 2000, LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO CUBRIRÁ LOS PERJUICIOS CAUSADOS A LA ENTIDAD ESTATAL COMO CONSECUENCIA DE LA CONDUCTA DOLOSA O CULPOSA, IMPUTABLE AL CONTRATISTA GARANTIZADO, DERIVADOS DE UN PROCESO DE RESPONSABILIDAD FISCAL, SIEMPRE Y CUANDO ESOS PERJUICIOS DERIVEN DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS

OBLIGACIONES SURGIDAS DEL CONTRATO AMPARADO POR LA GARANTÍA.

**1.5 AMPARO DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES.**

EL AMPARO DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES DE NATURALEZA LABORAL, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, POR LOS PERJUICIOS QUE SE LE OCASIONEN, A RAÍZ DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES LABORALES A QUE ESTÉ OBLIGADO EL CONTRATISTA GARANTIZADO, DERIVADAS DE LA CONTRATACIÓN DEL PERSONAL UTILIZADO PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO AMPARADO EN EL TERRITORIO NACIONAL.

ESTA GARANTÍA NO SE APLICARÁ PARA LOS CONTRATOS QUE SE EJECUTEN EN SU TOTALIDAD FUERA DEL TERRITORIO NACIONAL POR PERSONAL CONTRATADO BAJO UN RÉGIMEN JURÍDICO DISTINTO AL NACIONAL.

**1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA.**

EL AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE GENEREN COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER TIPO DE DAÑO O DETERIORO, PRESENTADOS EN LA OBRA ENTREGADA Y RECIBIDA A SATISFACCIÓN DE DICHA ENTIDAD ESTATAL O SUS REPRESENTANTES, CUYA CAUSA SEA IMPUTABLE AL CONTRATISTA GARANTIZADO.

**1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO**

EL AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA GARANTIZADO, QUE SE OCASIONEN CON POSTERIORIDAD A LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, Y QUE SE DERIVEN DE LA DEFICIENTE CALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO.

EN LOS CONTRATOS DE INTERVENTORIA, LA VIGENCIA DE ÉSTE AMPARO DEBE SER IGUAL AL PLAZO DE LA GARANTÍA DE ESTABILIDAD DEL CONTRATO PRINCIPAL EN CUMPLIMIENTO DEL PARAGRAFO DEL ARTÍCULO 85 DE LA LEY 1474 DE 2011.

**1.8 CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES Y EQUIPOS SUMINISTRADOS.**

ESTE AMPARO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DE LOS PERJUICIOS OCASIONADOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA, SUFRIDOS POR LA DEFICIENTE CALIDAD E INCORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES QUE RECIBE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA EN CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO GARANTIZADO.

**2. EXCLUSIONES.**

LOS AMPAROS OTORGADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA NO OPERARÁN CUANDO LOS DAÑOS A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA SE GENEREN POR:

**2.1 CAUSA EXTRAÑA, ESTO ES, LA FUERZA MAYOR O CASO FORTUITO, EL HECHO DE UN TERCERO O LA CULPA EXCLUSIVA DE LA VÍCTIMA.**

**2.2. DAÑOS CAUSADOS POR EL CONTRATISTA GARANTIZADO, A LOS BIENES DE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, NO DESTINADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL.**

**2.3. EL USO INDEBIDO O INADECUADO O LA FALTA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO A QUE SE ENCUENTRE OBLIGADA LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA.**

**2.4. EL DETERIORO NORMAL QUE SUFRAN LOS BIENES ENTREGADOS CON OCASIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, COMO CONSECUENCIA DEL TRANSCURSO DEL TIEMPO.**

### 3. SUMA ASEGURADA.

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1079 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, SEGURESTADO NO ESTARÁ OBLIGADO A RESPONDER SI NO HASTA CONCURRENCIA DE LA SUMA ASEGURADA EN CASO DE SINIESTRO, DETERMINADA EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA PARA CADA AMPARO.

### 4. VIGENCIA.

LA VIGENCIA DE LOS AMPAROS OTORGADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA, SE HARÁ BAJO LOS LINEAMIENTOS DEL DECRETO 1082 DE 2015 Y CONSTARÁN EN LA CARÁTULA DE LA MISMA O EN SUS ANEXOS.

### 5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA.

PARA HACER EFECTIVOS CUALQUIERA DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR SEGURESTADO, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DEBERÁ GARANTIZAR EL DEBIDO PROCESO DE SEGURESTADO Y EL CONTRATISTA, MEDIANTE EL AGOTAMIENTO DEL PROCEDIMIENTO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011 O LAS NORMAS QUE LO SUSTITUYAN O MODIFIQUEN.

LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, LE CORRESPONDERÁ DEMOSTRAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y ACREDITAR LA CUANTÍA DE LA PÉRDIDA SI FUERE EL CASO.

EL PROCEDIMIENTO QUE DEBERÁ SEGUIR LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PARA LA EFECTIVIDAD DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR ESTA PÓLIZA, SERÁ:

5.1 RESPECTO DEL AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO QUE IMPONGA LA SANCIÓN PREVIAMENTE ESTABLECIDA POR LA OCURRENCIA DE UNO CUALQUIERA DE LOS EVENTOS PREVISTOS EN LA CONDICIÓN 1.1 DE ÉSTA PÓLIZA, Y DISPONGA LA EFECTIVIDAD DE ÉSTE AMPARO A SEGURESTADO.

5.2 EN CASO DE DECRETARSE LA CADUCIDAD, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EN EL CUAL, ADEMÁS DE LA DECLARATORIA DE LA MISMA, HARÁ EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL O CUANTIFICARÁ EL MONTO DEL PERJUICIO, ORDENANDO SU PAGO TANTO AL CONTRATISTA COMO A SEGURESTADO. DICHO ACTO ADMINISTRATIVO SERÁ CONSTITUTIVO DEL SINIESTRO.

5.3 EN EL EVENTO DE IMPOSICIÓN DE MULTAS, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE ORDENANDO SU PAGO AL CONTRATISTA Y SEGURESTADO. DICHO ACTO ADMINISTRATIVO SERÁ CONSTITUTIVO DEL SINIESTRO.

5.4 EN LOS DEMÁS EVENTOS DE INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE, EN EL CUAL, ADEMÁS DE DECLARAR EL INCUMPLIMIENTO PROCEDERÁ A CUANTIFICAR EL MONTO DE LA PÉRDIDA O A HACER EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL, ORDENANDO SU PAGO AL CONTRATISTA Y SEGURESTADO. EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE ES LA RECLAMACIÓN PARA LA COMPAÑÍA DE SEGURO.

LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS EMITIDOS POR LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE QUE SEAN CONSTITUTIVOS O DECLARATIVOS DEL SINIESTRO, DEBERÁN ESTAR EJECUTORIADOS Y DEBIDAMENTE NOTIFICADOS, DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 87 DE LA LEY 1437 DE 2011.

### 6. COMPENSACIÓN.

EN VIRTUD DE LA COMPENSACIÓN COMO MEDIO DE EXTINCIÓN DE LAS OBLIGACIONES RECONOCIDA EL ARTÍCULO 17 DE LA LEY 1150 DE 2007, SEGURESTADO TENDRÁ EN CUENTA TODAS LAS SUMAS DE DINERO QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA LE ADEUDE AL CONTRATISTA GARANTIZADO, POR CUALQUIER CONCEPTO. PARA TALES EFECTOS, SE DEBERÁ TENER EN CUENTA LA LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, EFECTUADA EN LOS TÉRMINOS LEGALES O CONVENCIONALES.

### 7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

LA INDEMNIZACIÓN SERÁ PAGADERA EN DINERO, O MEDIANTE LA REPOSICIÓN, REPARACIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE LA COSA ASEGURADA, A OPCIÓN DE SEGURESTADO, SIN PERJUICIO QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA EN EL EVENTO DE DECLARATORIA DE CADUCIDAD DECIDA CONTINUAR LA EJECUCIÓN DEL OBJETO CONTRATADO A TRAVÉS DE SEGURESTADO O DE OTRO CONTRATISTA, A QUIEN A SU VEZ SE LE PODRÁ DECLARAR LA CADUCIDAD, SI A ELLO HUBIERE LUGAR.

EN EL EVENTO EN QUE POR INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO, SEGURESTADO RESOLVIERA CONTINUAR, COMO CESIONARIO, CON LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA ESTUVIESE DE ACUERDO CON ELLO, EL CONTRATISTA GARANTIZADO ACEPTA DESDE EL MOMENTO DE LA CONTRATACIÓN DE ESTA PÓLIZA, LA CESIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO A FAVOR DE SEGURESTADO.

### 8. PLAZO PARA EL PAGO.

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1080 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, SEGURESTADO DEBERÁ EFECTUAR EL PAGO DEL SINIESTRO DENTRO DEL MES SIGUIENTE AL CUAL LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA HAYA ACREDITADO LOS REQUISITOS DEL ARTÍCULO 1077 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, A TRAVÉS DEL ACTO ADMINISTRATIVO A QUE HACE REFERENCIA EL NUMERAL 5. DE ESTAS CONDICIONES.

### 9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.

PARA LOS CASOS EN QUE LA SUMA ASEGURADA DE ESTA PÓLIZA DEBA SER AUMENTADA O DISMINUIDA Y PARA AQUELLOS EN LOS CUALES LAS ESTIPULACIONES DEL CONTRATO GARANTIZADO SEAN MODIFICADAS, SEGURESTADO A SOLICITUD PREVIA DEL CONTRATISTA GARANTIZADO Y DE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA (O EL INTERVENTOR, SUPERVISOR, ETC., EN SU CASO), EXPEDIRÁ UN CERTIFICADO O ANEXO DE MODIFICACIÓN DE LA PÓLIZA, EN EL CUAL CONSTEN LAS MODIFICACIONES CORRESPONDIENTES. PARA TAL EFECTO SE HACE INDISPENSABLE ACOMPAÑAR A LA SOLICITUD DE MODIFICACIÓN A SEGURESTADO EL DOCUMENTO (OTOSÍ, CLÁUSULA ADICIONAL, ETC.) QUE CONTENGA LAS MODIFICACIONES AL CONTRATO GARANTIZADO.

EL ÚLTIMO ANEXO O CERTIFICADO DE MODIFICACIÓN, SERÁ EL QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA HARÁ EFECTIVO, DE CONFORMIDAD CON EL NUMERAL 5. DE ESTAS CONDICIONES.

### 10. VIGILANCIA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO.

SEGURESTADO TENDRÁ LA FACULTAD DE EJERCER LA VIGILANCIA DEL CONTRATO, PARA LO CUAL LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA LE PRESTARÁ LA COLABORACIÓN NECESARIA PARA ELLO. EN LOS CASOS EN LOS CUALES EL CONTRATO GARANTIZADO TENGA POR OBJETO ASUNTOS RELACIONADOS CON EL ORDEN PÚBLICO Y LA SEGURIDAD NACIONAL, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PODRÁ PROHIBIR O LIMITAR ÉSTA FACULTAD.

### 11. NO CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA E IRREVOCABILIDAD DE ESTE SEGURO.

LA PRESENTE PÓLIZA NO EXPIRARÁ POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA NI PODRÁ SER REVOCADA UNILATERALMENTE.

### 12. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES

EN CASO DE INCONGRUENCIA PRESENTADA ENTRE LAS CONDICIONES PARTICULARES Y LAS CONDICIONES GENERALES DE ESTA PÓLIZA, PREVALECEERÁN LAS PRIMERAS.

### 13. COASEGURO

EN CASO DE EXISTIR COASEGURO, ESTO ES LA DISTRIBUCIÓN ENTRE VARIAS ASEGURADORAS DE DETERMINADO RIESGO, AL NO EXISTIR SOLIDARIDAD ENTRE LAS MISMAS, EL IMPORTE DE LA INDEMNIZACIÓN SE DISTRIBUIRÁ Y HARÁ EXIGIBLE ENTRE LOS COASEGUROSORES, EN PROPORCIÓN A LAS CUANTÍAS DE SU RESPECTIVA PARTICIPACIÓN.